

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

266

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 juillet 1891, à 1 heure

PAR

J.-B. BON

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Né à Mimbaste (Landes), le 24 avril 1863

CURETTAGE

DU

SAC LACRYMAL

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{FOURNIER, professeur.} \\ \text{KIRMISSON, DEJERINE, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

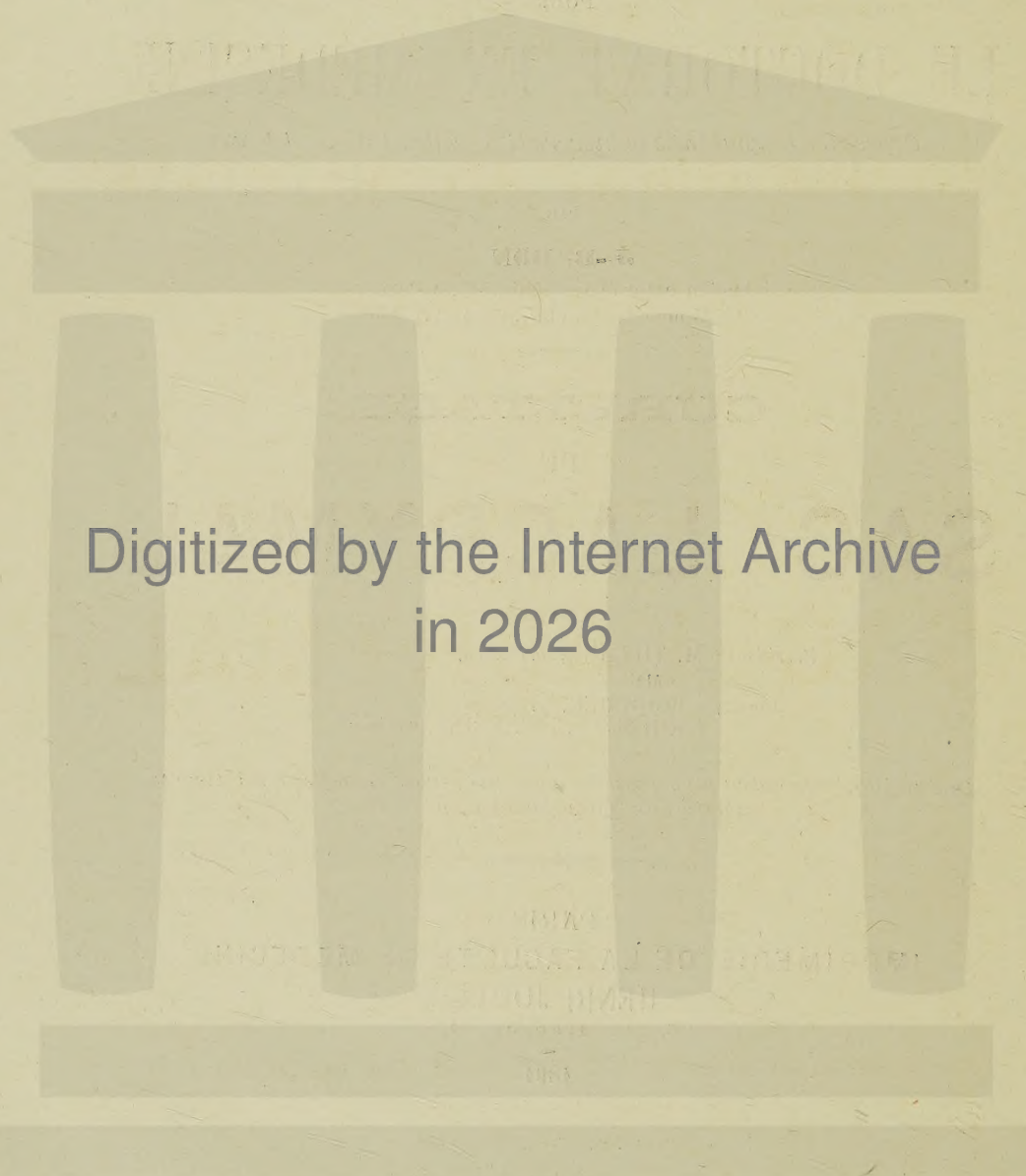
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1891



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554032_0041

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

266

Année 1891

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 juillet 1891, à 1 heure

PAR

J.-B. BON

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Né à Mimbase (Landes), le 24 avril 1863

CURETTAGE

DU

SAC LACRYMAL

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{FOURNIER, professeur.} \\ \text{KIRMISSON, DEJERINE, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	} DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	} DEBOVE
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.....	REGNAULD.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE.
	} STRAUS
	} G. SEE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
	} VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	} LE FORT.
	} DUPLAY
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	} TARNIER.
	} PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISSAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TROISIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE	LETULLE.	RETERER.	WEISS
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur P. TILLAUX

Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique du Dr Despagne plusieurs cas de tumeurs lacrymales et de catarrhes du sac traités par le curettage. Frappé par les succès rapides obtenus pour des affections qui avaient été soignées pendant des années sans résultats par les moyens ordinaires (injections, cathétérisme) nous nous proposons dans notre travail d'exposer cette méthode nouvelle.

Nous croyons utile auparavant de dire quelques mots des thérapeutiques ancienne et moderne de la tumeur lacrymale et d'insister surtout sur son anatomie pathologique et sa pathogénie pour légitimer le traitement par *l'abrasion de la muqueuse*.

Qu'il nous soit permis d'offrir à M. le Dr Despagne le témoignage de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il a toujours eue à notre égard.

Nous remercions M. Rochon-Duvignaud interne des hôpitaux et M. Flandre, externe des hôpitaux qui ont eu l'obligeance de nous donner des observations.

HISTORIQUE

Les anciens, ignorant l'existence des voies lacrymales, décrivaient les maladies du sac parmi celles du grand angle de l'œil. Ils distinguaient dans la région deux affections différentes, désignées sous les noms d'anchilops et d'œgilops. L'œgilops était l'abcès accompagné ou nom de fistule, qu'ils faisaient hypothétiquement dériver d'une altération carieuse de l'unguis.

Malgré ces idées erronées, le traitement qu'ils instituaient pour combattre la tumeur et la fistule lacrymales ne laissait pas que d'être efficace, et bien des points de leur pratique sanctionnés par l'expérience sont encore admis de nos jours.

Paul d'Egine attaquait les chairs fongueuses avec des topiques dessicatifs. Archigène employait des caustiques à base de cuivre.

Dans les cas invétérés, Aétius, Galien, Celse et Paul d'Egine proposent l'excision des parties malades, suivie d'une cautérisation au fer rouge qui doit aller jusqu'à l'os.

A côté de la cautérisation, et dans les cas exceptionnels, ils pratiquaient la trépanation de l'unguis.

C'est de la découverte des voies lacrymales qu'il faut

faire partir la période qu'on peut appeler moderne, du traitement des voies lacrymales, et cette période commence avec Anel, maître Jean et J. L. Petit, Malgaigne rapporte à Anel la première exécution du sondage et des injections, c'est-à-dire des méthodes employées encore aujourd'hui. L'idéal thérapeutique pour Anel, J. L. Petit, etc., était de canaliser les voies lacrymales. Ils se servaient pour cela, des injections, de la canule à demeure de Woolhouse, des sondes d'argent. Ils ne voyaient en effet dans le catarrhe du sac, dans la tumeur lacrymale que la conséquence du rétrécissement d'un point, soit du canal, soit des canalicules lacrymaux.

L'histoire du traitement des affections des voies lacrymales présente ce singulier contraste de l'époque ancienne qui va jusqu'à la découverte des voies lacrymales et de l'époque moderne qui commence avec Anel : Dans la première, par l'emploi des caustiques et surtout par la cautérisation au fer rouge, on arrivait à l'oblitération des voies lacrymales. Dans la seconde période, c'est l'oblitération que l'on combat. Les fonctions du canal lacrymo-nasal sont comparées à celles de l'urèthre. On lutte contre le rétrécissement. La dilatation seule ou combinée aux injections mécaniques ou modificatrices constitue la thérapeutique des affections des voies lacrymales.

Et cependant, ces deux méthodes si opposées qu'elles nous paraissent, ont guéri un grand nombre de fois des lésions identiques : le catarrhe du sac et le larmolement qui est sous sa dépendance. Cela s'explique, si l'on songe

que ce larmolement qui est dans la plupart des cas le symptôme d'une affection des voies lacrymales est soumis à d'autres facteurs, de sorte que des thérapeutiques qui semblent l'inverse l'une de l'autre peuvent conduire toutes les deux à la guérison. Nous laisserons de côté les facteurs secondaires, comme l'hypersécrétion de la glande lacrymale, l'astigmatisme, l'ectropion, etc., pour nous occuper de la cause la plus fréquente du larmolement, du catarrhe du sac, de la tumeur lacrymale ; c'est leur anatomie pathologique, leur pathogénie et leur traitement que nous allons étudier.

ANATOMIE DU SAC LACRYMAL

Le sac lacrymal, dont la longueur varie de 12 à 14 millimètres et le diamètre de 3 à 4, a la forme d'un cylindre un peu aplati de dehors en dedans et d'avant en arrière. Sa paroi antéro-externe répond en avant à l'orbiculaire dont le tendon la croise perpendiculairement à l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs, en dedans, à la portion réfléchie du même tendon et au muscle de Horner. La paroi postéro-interne est en rapport avec la gouttière lacrymale et correspond en procédant de haut en bas : 1° à une surface unie et quadrilatère située au devant du méat supérieur des fosses nasales ; 2° au bord supérieur du cornet moyen ; 3° enfin à la partie la plus élevée du méat moyen. Supérieurement le sac lacrymal se termine par un cul-de-sac arrondi. Son extrémité inférieure se continue avec le canal nasal.

Sur les deux tiers inférieurs de sa paroi interne, il existe parfois de légers replis de la muqueuse très variables. Tantôt à l'état de vestiges à peine appréciables, tantôt au contraire fortement dessinés, ils n'affectent aucune direction fixe.

Dans quelques cas, on rencontre sur la partie inférieure du sac un repli unique et d'une forme mieux ac-

cusée. Plusieurs auteurs signalent dans ce même point intermédiaire au sac lacrymal et au canal nasal, un repli circulaire qu'ils considèrent comme normal et qu'ils comparent à une valvule.

Mais comme l'affirme M. le professeur Sappey, le conduit lacrymo-nasal ne présente sur aucun point de son étendue des valvules proprement dites. On y remarque seulement des replis dont l'existence, l'étendue, la forme, la direction et la situation relative n'offrent rien de constant.

Le sac lacrymal se compose : 1° d'une couche fibreuse très forte qui appartient seulement à la paroi antéro-externe et qui forme une dépendance du tendon de l'orbiculaire; 2° d'une tunique muqueuse, recouverte comme la pituitaire d'un épithélium vibratile.

CATARRHE DU SAC. — TUMEUR LACRYMALE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il n'existe qu'un petit nombre d'autopsies révélant les lésions qui accompagnent ou qui précèdent le développement de la tumeur et de la fistule lacrymales.

Béraud a fait sur ce sujet, de 1853 à 1855, diverses communications intéressantes dont voici le résumé :

Il relate l'autopsie d'une fistule lacrymale droite, qui avait succédé à une tumeur lacrymale dont le début remontait à quinze mois. Les conduits lacrymaux étaient normaux. Le sac vivement enflammé offrait *des parois épaisses, rouges, fongueuses et lardacees*. Le canal nasal se montra absolument sain, sans trace de rétrécissement. La muqueuse des fosses nasales était également saine.

Dans un cas analogue au précédent, il trouva le sac et le canal nasal remplis d'un liquide puriforme. La muqueuse du sac, rouge et épaissie, offrait en outre, une excroissance de la grosseur d'une tête d'épingle. Les mêmes lésions phlegmasiques existaient sur la muqueuse du canal nasal.

Sur une autre pièce, Bérard trouva les points et les conduits lacrimaux sains, le sac réduit de moitié par

suite de l'épaississement de ses parois. Son contenu consistait dans une petite quantité de matière puriforme. Le canal nasal correspondant presque comblé par suite de l'engorgement de sa muqueuse, n'offrait ni valvule, ni aucun rétrécissement circulaire.

Dans un dernier cas, où il existait une fistule lacrymale double, le même auteur a trouvé des deux côtés une diminution de calibre égale à la moitié à peu près, aussi bien des conduits lacrymaux que du sac. Ce dernier renfermait du pus. Sa muqueuse était gonflée et fongueuse; le canal nasal était obstrué à droite et à gauche par le gonflement de la muqueuse, *sur laquelle on remarquait des fongosités et des brides réunies entre elles.*

P. Ollivier, à la dissection d'une tumeur lacrymale ancienne, trouva du côté le plus affecté, la muqueuse du sac d'un gris rosé, d'un aspect chagriné. Un diaphragme membraneux peu épais, interceptait toute communication avec le canal nasal. Les parois du sac étaient épaissies. Le sac du côté opposé fut trouvé rempli de mucus; il semblait séparé du canal nasal par un repli valvulaire.

Monoyer a eu deux fois l'occasion de pratiquer l'excision partielle du sac, ce qui lui permit de se rendre compte de l'état des parois. Dans l'un de ces cas, la muqueuse enflammée offrait une coloration rouge. Dans l'autre, la coloration était ardoisée; dans les deux l'épaisseur des parois se trouvait considérablement augmentée.

De tout ce qui précède, il résulte que dans la tumeur

lacrymale, la lésion est constituée par l'inflammation même de la muqueuse ; cette inflammation n'a paru dans aucun cas s'être développée sous l'influence d'un rétrécissement primitif. La coarctation qu'on a observée parfois, soit dans les conduits lacrymaux, soit dans le canal nasal, n'est survenue que dans une période tardive de la maladie, alors que cette dernière avait duré plusieurs années. En un mot « loin d'être la cause de l'inflammation, le rétrécissement des canaux semble en avoir été la conséquence. »

Quant à la carie et à la nécrose de l'unguis, que l'on regardait anciennement comme les seules causes de la tumeur lacrymale, ces lésions sont rares et se rencontrent chez les scrofuleux et les syphilitiques.

PATHOGÉNIE. — ÉTIOLOGIE DE LA TUMEUR

LACRYMALE.

On a beaucoup discuté sur le mode d'évolution de la tumeur lacrymale. Pour les anciens qui ignoraient l'existence des voies lacrymales, l'*ægilops* (une des tumeurs du grand angle de l'œil) était une tumeur de nature inflammatoire et attribuée à une lésion exclusivement osseuse.

Après la découverte des voies d'excrétion des larmes, l'élément phlegmasique fut relégué au second plan et l'on s'attacha à faire ressortir l'importance de l'élément mécanique qu'on considéra alors comme cause première qu'il fallait combattre. Cette dernière théorie fit place à plusieurs reprises à la théorie de l'inflammation pure; mais elle fut remise en honneur par les travaux de Bowmann, Critchett, Weber, Stilling.

Les partisans de l'obstruction ont porté à l'appui de leur théorie des faits d'anatomie pathologique incontestables, qui démontrent dans bon nombre de tumeurs lacrymales la présence de coartations du canal nasal. Toutefois, de ce qu'un rétrécissement coexiste avec une tumeur lacrymale, il nous semble téméraire d'admettre que

l'inflammation et le gonflement de la muqueuse lui soient consécutifs.

En effet, de l'aveu de tous ceux qui ont essayé de faire du cathétérisme dans les tumeurs lacrymales, il existe un grand nombre de cas où, malgré l'existence d'une tumeur volumineuse et même d'une fistule, on constate la perméabilité parfaite du sac et du canal nasal. Dans les autopsies relatées par Béraud, c'est dans les cas les plus invétérés de dacryocystite que l'on a rencontré des oblitérations du canal nasal; tandis que dans la plupart des cas récents, il n'en existait pas.

Il nous est donc permis de conclure, en nous basant sur les observations anatomo-pathologiques publiées jusqu'à ce jour, que l'inflammation est l'élément primordial, tandis que l'obstruction d'un point d'ailleurs variable du canal, sera considérée comme une lésion consécutive.

Sans doute, il y a des cas où le canal osseux peut être obstrué ou rétréci dans son calibre par des tumeurs ou par des brides cicatricielles. Mais, en somme, ces cas forment l'exception et ne sauraient servir de fondement à l'interprétation pathogénique des cas beaucoup plus nombreux de dacryocystites où le canal, perméable, parfois même largement ouvert, n'oppose aucune résistance à l'introduction du cathéter.

Du reste, la tumeur lacrymale, dont le contenu regorge au début par les points lacrymaux arrive spontanément à se vider par le canal nasal. Cette perméabilité s'explique par les changements que la dilatation exagée

rée du sac, sous l'influence des liquides secrétés a fait subir à la muqueuse. Celle-ci d'abord gonflée, présente des plis nombreux et la filière lacrymo-nasale n'existe plus. Avec la dilatation du sac, les plis disparaissent, la muqueuse s'amincit, devient lisse comme une séreuse. Le canal nasal est perméable; une légère pression fait passer le liquide du sac dans le méat inférieur. Cela prouve que l'état des voies lacrymales *est sous la dépendance absolue de l'état de la muqueuse du sac.*

Cette conception est du reste en harmonie parfaite avec les idées nouvelles de l'inflammation fondées sur les recherches microbiologiques. Les voies d'excrétion des larmes, par leur fonction même et par les rapports qu'elles présentent sont susceptibles d'infections multiples.

Toutes les affections de la pituitaine, coryza, ozène, etc., ont leur retentissement sur les voies lacrymales et font apparaître le larmolement. Ce n'est pas seulement par l'orifice nasal, mais encore par les points lacrymaux que s'infecte la muqueuse des voies lacrymales. Il est intéressant de constater que Scarpa, vers l'année 1801, soutenait que les produits inflammatoires qu'on trouve dans le sac lacrymal viennent de la conjonctive, des paupières et sont aspirés par les points lacrymaux.

C'est donc l'agent infectieux, très variable, qui, aspiré d'une façon régulière par les fosses nasales, balayé à la surface de la conjonctive par la sécrétion de la glande lacrymale, vient produire l'inflammation et le catarrhe. Le catarrhe du sac peut être en effet consécutif à une

ophtalmie blennorrhagique, à une conjonctivite granuleuse, etc.

On prétend que la rétention des larmes peut à elle seule déterminer l'inflammation catarrhale de la conjonctive et à plus forte raison l'inflammation de la muqueuse plus délicate des voies lacrymales. A la suite de l'obstruction du canal nasal, le contact prolongé des sécrétions produirait le catarrhe. Mais comme il est admis aujourd'hui que des liquides stérilisés ne provoquent dans les tissus que des changements purement mécaniques, nous devons affirmer que le catarrhe du sac est bien le résultat d'une infection. C'est du reste ce qui a été démontré par Sattler (1885). La sécrétion blennorrhéique du sac lacrymal contient un nombre des plus variés de micro-organismes. Elle reste cependant alcaline, ce qui prouve que ce n'est pas la réaction chimique des sécrétions qui produit le catarrhe, mais leur nature virulente.

La muqueuse du sac subit dans son évolution pathologique une série de phases avant d'arriver à l'obstruction totale des voies d'excrétion. L'impossibilité où l'on se trouve de la soumettre à une investigation directe au début du catarrhe, empêche qu'on ne se rende compte des progrès de gonflement qui s'y opèrent. Il faut attendre en général une période avancée de la maladie où, par l'ouverture du sac, on puisse s'éclairer sur les changements anatomiques survenus dans la muqueuse.

Le gonflement de la muqueuse s'accompagne d'une forte hyperémie des vaisseaux; aussi saigne-t-elle avec

la plus grande facilité dès qu'on y porte une sonde exploratrice. Si, pour un catarrhe aigu, nous ouvrons le sac, sa muqueuse offre un aspect tomenteux et présente parfois des saillies papilliformes, des plis dans les directions les plus variées, des brides fibreuses, des clapiers formant au milieu des tissus de véritables collections purulentes parfaitement isolées. Cette boursouffure des tissus rétrécit et réduit à néant le canal nasal qui, par sa nature osseuse, est tout à fait inextensible. A partir de ce moment, le sac ne se vide plus que par les conduits lacrymaux. Le liquide qu'il contient devient de plus en plus virulent, altère la couche épithéliale et provoque ainsi la suppuration.

D'une part, la pression produite par le liquide sécrété qui ne trouve pas d'issue par le canal nasal, de l'autre le gonflement de la muqueuse produisent la distension et l'hypertrophie des parois du sac. Cette dilatation arrive à des proportions considérables, lorsqu'elle se fait peu à peu, n'étant pas interrompue dans sa marche lente par des poussées inflammatoires qui amènent le phlegmon du sac. Les portions du muscle orbiculaire affectées au rapprochement des parois se distendent progressivement, s'allongent et s'affaiblissent au point de perdre toute contractilité. Le sac fait hernie sur les points qui lui offrent le moins de résistance, c'est-à-dire, en avant, en haut et en dehors.

La dilatation du sac est surtout appréciable au toucher et facile à démontrer lorsque, par une pression douce, il est possible de chasser ce qu'il contient. Cette

évacuation donne à la pulpe du doigt la sensation d'élasticité et d'une résistance vaincue. Il se forme une tumeur de plus en plus gênante et d'un aspect choquant ; elle atteint, dans quelques cas, le volume d'un œuf de pigeon.

SYMPTOMES SUBJECTIFS

Le premier symptôme que les malades accusent est le larmolement. La région de l'angle interne se gonfle, et en comprimant au niveau du ligament palpébral, on fait jaillir dans le cul de sac conjonctival, par l'un ou l'autre des points lacrymaux, un mucus plus ou moins abondant. Peu à peu, les malades éprouvent dans la région orbitaire une sensation pénible de pression et des tiraillements douloureux causés par la distension des parois.

TRAITEMENT

Le traitement doit remplir dans tous les cas, trois conditions essentielles :

A. Rétablir la perméabilité des voies lacrymales et prévenir la stagnation des liquides.

B. Combattre la sécrétion morbide de la muqueuse.

C. Restituer autant qu'on le peut à ces voies, particulièrement au sac, leur configuration primitive.

L'abondance, la variété des médications, pour une même maladie, sont le témoignage de notre impuissance. Pour les tumeurs lacrymales, les méthodes de traitement sont très nombreuses et elles ont été soumises à des indications variées. Nous ne parlerons que de celles qui sont encore employées couramment.

Ce que l'on se propose et ce que l'on s'est proposé du reste, depuis la découverte des voies lacrymales, a été de rétablir la perméabilité physiologique du canal lacrymo-nasal. Les injections furent introduites dans la pratique par Anel en 1712. Ce chirurgien les faisait par les points lacrymaux à l'aide d'une seringue qui porte son nom. D'autres ont utilisé des fistules des parties molles, l'orifice du canal nasal dans le méat inférieur. On a même proposé d'injecter le canal lacrymo-nasal à l'aide de la se-

ringue de Pravaz, en faisant une ponction à la paroi antérieure du sac. La composition du liquide employé a beaucoup varié.

Anel qui ne considérait dans les injections que l'action mécanique se servait d'eau simple. Plus tard on s'est servi de solutions de sels de cuivre, de zinc, de nitrate d'argent, on a employé les injections de glycérine et de teinture d'iode. Pratiquées avec de l'eau pure, elles servent à débarrasser les voies du mucus et autres liquides pathologiques qu'elles peuvent contenir et permettent de faire le diagnostic de rétrécissement.

Lorsque la muqueuse est fortement enflammée, qu'elle a subi une exfoliation épithéliale ou qu'elle est devenue fongueuse, c'est aux injections antiseptiques que l'on a recours.

Pour répondre aux deux indications qui découlent de la pathogénie et de l'anatomie pathologique du catarrhe du sac et de la tumeur lacrymale, d'une part à l'inflammation de la muqueuse qui est l'élément primordial, d'autre part au rétrécissement consécutif, on a combiné les injections avec la dilatation progressive ou bien avec le simple cathétérisme avec des sondes d'un petit calibre. Malgré toute la logique de ce traitement, on voit des malades le suivre pendant des années sans grand bénéfice. Où pourrait-on chercher la cause de ces insuccès ?

La muqueuse qui tapisse le sac recouvre des parois qui ne sont extensibles que dans une de leurs parties. Elle s'épaissit et comme l'espace qu'elle doit occuper est limité, elle forme de véritables invaginations. Ce sont les

liquides contenus dans les cavités closes, qui vont produire, par leur virulence progressive le catarrhe chronique avec ses poussées inflammatoires. Ces tissus et ces liquides sont à l'abri de tous les traitements. Malgré les cathétérismes les plus répétés, les injections ne pénètrent pas jusqu'à eux. Ils restent là pour entretenir contre une médication palliative, l'affection à l'état chronique et manifester tôt ou tard leur action par les poussées aiguës ou le phlegmon du sac.

En effet, comme le disait Terson (de Toulouse), au dernier congrès d'ophthalmologie dans son rapport sur le traitement des affections des voies lacrymales, il est démontré par l'expérience de tous les jours que si le système des sondages et des injections, excellent en principe, peut guérir un certain nombre de malades, il en laisse sûrement plus de la moitié aussi larmoyants et quelquefois plus qu'ils ne l'étaient avant d'avoir été traités. Faut-il dans ces cas rebelles continuer toujours à passer des sondes et à faire des injections ?

L'anatomie pathologique, la pathogénie de la tumeur lacrymale et du catarrhe du sac nous montrent comment il est impossible d'obtenir non seulement la guérison, mais même une amélioration, car la cause, c'est-à-dire l'infection de la muqueuse persiste et se trouve à l'abri de tous nos moyens d'action.

S'il nous est permis de faire un rapprochement qui nous semble naturel, nous dirons que pendant longtemps le catarrhe utérin fut traité pour ainsi dire à distance par des lavages vaginaux et l'application de tampons antisept-

tiques, sur le col. Le catarrhe était chronique et le traitement interminable.

Le curettage que Récamier avait préconisé en 1846, entra beaucoup plus tard dans la pratique et c'est à partir de cette époque que le pronostic des affections catharhales de l'utérus a été heureusement modifié. Ce que l'on a fait pour la muqueuse de l'utérus, il semble logique de le proposer pour la muqueuse du sac, s'il est vrai que les lésions de même nature doivent être combattues, autant que possible, par le même traitement.

A l'état normal, la muqueuse utérine entre deux époques menstruelles, présente un épithélium à cils vibratiles comme la muqueuse du sac. Dans le catarrhe, « elle est inégale à sa surface, boursouflée, molle, pulpeuse ». Cette description anatomo-pathologique de la muqueuse utérine s'adapte entièrement à la muqueuse du sac lacrymal; et si le curettage a été pour la première une excellente opération par son peu de gravité et les beaux résultats qu'il a fournis, le même procédé appliqué au sac lacrymal paraît appelé à rendre de grands services dans le traitement d'une affection rebelle entre toutes.

CURETTAGE DU SAC LACRYMAL

Le curettage du sac est une opération qui consiste à enlever la totalité de la muqueuse altérée et à débarrasser les voies lacrymales des produits pathologiques qui l'encombrent, à l'aide d'un instrument spécial introduit dans le sac par une incision verticale faite à sa paroi antéro-externe. Cette méthode nouvelle, exposée par le Dr Despagnet le 4 mai 1891 devant la Société française d'ophtalmologie, se propose donc de traiter un foyer fongueux et purulent en enlevant les parties malades de façon à obtenir la restitution *ad integrum* d'un tissu sain. Ce qu'on fait pour un arthrite, pour une synovite fongueuse ayant résisté aux modes de traitement ordinaires, on le fait pour l'utérus, pour le catarrhe du sac, et l'on réussit à obtenir une muqueuse saine et des voies perméables.

Le curettage du sac doit être regardé comme une opération très bénigne d'abord parce qu'elle ne nécessite pas l'anesthésie, ensuite par la simplicité de sa technique opératoire. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ce qui en a été dit par le Dr Despagnet.

« J'ouvre le sac comme s'il s'agissait d'un phlegmon, Le sac est-il trop distendu (mucocèle), j'excise une portion semi-lunaire plus ou moins étendue de sa paroi an-

térieure. Son volume n'est-il pas trop augmenté, je saisis avec deux pinces, les lèvres de mon incision et j'entrebaille fortement la plaie, de façon à mettre l'intérieur du sac à découvert. Le liquide qu'il contenait est sorti en partie sitôt après l'incision, mais il en reste encore une certaine quantité que j'éponge avec du coton hydrophile, puis je pratique des lavages avec une solution de sublimé à 1/1000. La poche étant bien nettoyée, j'y pénètre avec une curette demi-mousse et j'en râcle toutes les parois. Si j'aperçois des végétations trop saillantes, je les excise d'un coup de ciseaux. Le curettage bien pratiqué et renouvelé dans tous les sens, la muqueuse saigne abondamment. Je fais de nouveaux lavages, jusqu'à ce que j'obtienne l'hémostase. Puis, avec un pinceau de coton, je touche les parois du sac avec un mélange de sublimé et de glycérine à 1/200. Dans quelques cas j'ai lavé avec une solution phéniquée à 1/30 et insufflé ensuite de la poudre d'iodoforme. Je crois l'action du sublimé plus énergique. Mélangé à la glycérine, il donne une solution sirupeuse dont la consistance empêche son écoulement par le canal nasal. Puis léger pansement compressif. Tous les jours, plusieurs fois nouvelles irrigations avec la solution au millième ; je m'assure de la perméabilité du canal nasal et je fais de nouveaux attouchements avec la glycérine au sublimé. Pendant huit à dix jours que la plaie met à se fermer, on a donc sous les yeux la muqueuse que l'on soigne directement. Quand la plaie extérieure est près de se fermer, on continue les lavages à travers les points lacrymaux.

Cette méthode qui convient aux catarrhes chroniques du sac qui ont résisté à tous les traitements, et dans le mucocèle, trouve encore une heureuse application dans les cas de phlegmon, ainsi que le témoignent les observations qui suivent :

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. Rochon-Duvignaud, interne des hôpitaux.

Mme B .., 69 ans. Larmolement des deux côtés depuis plusieurs années. A gauche blennorrhée depuis 8 à 10 mois. Traitée régulièrement pendant quatre mois par le cathétérisme et les injections antiseptiques. La malade, momentanément améliorée, cesse pendant un mois puis revient à la consultation externe de l'Hôtel-Dieu. Nous constatons une obstruction des voies lacrymales à gauche avec blennorrhée du sac. Les injections antiseptiques (au bi-iodure) répétées pendant plusieurs jours consécutifs rétablissent la perméabilité des voies lacrymales et améliorent la blennorrhée ; par conséquent l'obstruction est due non à un rétrécissement fibreux ou osseux, mais à un gonflement inflammatoire ou à des fongosités du sac qui diminuent de volume sous l'influence de l'antisepsie.

Mais malgré l'application régulière du même traitement pendant plus d'un mois, la blennorrhée, bien que diminuée, ne cessa pas, ce qui démontre l'insuffisance du traitement par les injections en pareil cas.

Le curettage du sac est pratiqué le 8 avril sous le chloroforme. Après antisepsie préalable, le sac est ouvert dans toute sa hauteur (ce qui entraîne nécessairement la section du tendon de l'orbiculaire), elle présente une muqueuse épaissie et pâle qui est râclée au moyen de la curette de Vidal qui ramène une petite couche uniforme d'un tissu friable et exsangue.

Une curette à corps étrangers de la cornée est introduite verticalement dans le canal nasal dont les parois sont également grattées ; cette curette ramène du sang et de petits grumeaux friables.

La cavité du sac est ensuite frottée énergiquement au moyen d'un petit tampon d'ouate trempé dans l'eau phéniquée à 50 p. 100. L'hémostase étant enfin bien assurée par une compression de quelques minutes, nous suturons la plaie d'ouverture du sac au moyen de trois points de fil de soie. Pansement sec.

La malade revue trois jours après n'a pas souffert. On attend au lendemain, quatrième jour, pour lever le pansement.

La plaie est bien réunie. On enlève les fils. *Pas trace de blennorrhée*. Deux jours plus tard la malade est revue, pas de blennorrhée, une injection essayée ne passe pas. Le stylet de Bowman n'arrive que jusqu'à la paroi du sac sans pénétrer dans celui-ci. Les jours suivants on parvient à rétablir la perméabilité des voies lacrymales au stylet ; on fait des injections. La malade est définitivement débarrassée de sa blennorrhée ; il ne persiste qu'un certain degré de larmoiement qui, du reste, est amélioré momentanément chaque fois qu'on passe une sonde. La malade, que son larmoiement gêne peu, finit par ne plus se présenter à la consultation.

En somme, dans ce cas, le nettoyage du sac a supprimé immédiatement et probablement définitivement la blennorrhée si rebelle du sac. Le larmoiement a été sinon supprimé, du moins amélioré.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. Flandre, externe des hôpitaux.

La dame T..., âgée de 54 ans, est affectée depuis l'année 1884 d'un larmoiement de l'œil droit avec sensation de gravier et photophobie. Ces symptômes sont plus accusés au grand air.

Elle est soignée pendant 18 mois par Girand-Teulon qui lui fait le cathétérisme. Son état est peu modifié, le larmoiement persiste.

Il y a environ deux ans apparaît une petite tumeur à l'angle interne de l'œil droit. Il y a sécheresse de la narine droite. Par la pression, la tumeur se vide dans le cul-de-sac conjonctival. Il s'écoule une liqueur muco-purulente. La malade est soulagée par l'affaissement de la tumeur. Cette tumeur qui présente le volume d'un petit pois n'amène pas de déformation de la région.

La malade est opérée le 12 mai 1891 à l'hôpital de St-Germain-en-Laye, par le D^r Despagne. La guérison marche d'une façon régulière et le 14 juin, c'est-à-dire un mois après, il ne reste de la plaie pas même de cicatrice appréciable. Le grand angle de l'œil ne présente pas la moindre déformation. Les voies lacrymales sont tout-à-fait perméables, il ne reste ni blennorrhée, ni larmoiement.

OBSERVATION III (*personnelle*).

Recueillie à la clinique du docteur Despagne.

La dame G..., âgée de 52 ans, présente depuis le mois de mars 1887, du larmoiement de l'œil droit avec sécrétion muqueuse du sac qu'une légère pression fait refluer dans le cul-de-sac conjonctival.

Elle soignée par le docteur Valude, pendant 6 mois, à partir du mois de septembre 1887. Malgré les injections et le cathétérisme, son état est peu modifié. Le sac continue à sécréter du mucus en abondance et le larmoiement persiste.

Restée sans traitement jusqu'au mois de septembre 1889, elle vient à cette époque à la clinique du docteur Despagne. Elle présente alors du larmoiement de l'œil gauche, avec une tumeur du volume d'une noisette dans la région du grand angle de l'œil du même côté. La pression digitale fait sourdre un liquide filant par les points lacrymaux et le canal nasal.

On passe une année entière à faire des injections et à passer des sondes.

Au mois de septembre 1890, la tumeur est incisée, vidée de sa sécrétion muco-purulente. Le curettage est pratiqué dans toute sa rigueur. Au mois de mai dernier, époque à laquelle nous avons vu la malade, il n'existe pas de trace d'opération. Les voies lacrymales sont perméables et la malade n'accuse qu'un léger larmoiement.

OBSERVATION IV (*Personnette*)

Prise à la clinique du Dr Despagnet.

La Dame R..., âgée de 59 ans, présente du côté gauche un larmolement qui remonte à 20 ans, avec tumeur lacrymale qui s'est développée il y a 5 ans.

La pression digitale exercée par la malade fait sourdre par les points lacrymaux un liquide filant.

Au mois de mars 1891, il se produit dans les tissus sous-muqueux des parois du sac une poussée inflammatoire aiguë. Le gonflement gagne toute la région orbitaire. Le phlegmon est incisé, le curettage enlève avec la muqueuse malade des fragments d'os nécrosés. Contre tout espoir, la guérison s'accomplit rapidement, si bien que deux mois après, nous ne constatons aucune déformation. Les voies lacrymales sont tout à fait perméables et la malade n'accuse pas de larmolement.

Nous ne croyons pas utile de donner une longue suite d'observations qui ont l'heureux avantage de se ressembler. Des cas analogues ont été opérés dernièrement soit à l'Hôtel-Dieu, soit à la clinique de M. Despagnet. La lésion locale, catarrhe du sac, phlegmon du sac, a guéri à la façon d'une simple plaie sous un pansement antiseptique. Le larmolement, dans les cas où il semble persister, est en général atténué à tel point que les malades n'en sont nullement incommodés.

CONCLUSIONS

1° Lorsque le larmolement est causé par le catarrhe du sac, il faut d'abord essayer de modifier la muqueuse par le cathétérisme et les injections antiseptiques.

2° Si le traitement n'amène pas de résultats, le curettage de la muqueuse reste le procédé de choix parce qu'il s'attaque directement à la partie malade et permet de conserver intact l'appareil excréteur des larmes.

3° La guérison de la blennorrhée est la règle. Le larmolement peut être ou guéri, ou très amélioré.

4° Le curettage trouve ainsi son indication dans le cas de phlegmon du sac.

VU ;

Le Président de la thèse,
TILLAUX.

VU :

Le doyen,
BROUARDEL

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Panas. — Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal. — Paris, 1877. — Pages 117-131.

De Woecker Landolt. — Traité d'ophtalmologie, tome IV. page 1058.

Béraud. — Archives générales de médecine, 1853, 54, 55.

Terson. — Congrès d'ophtalmologie, 4 mai 1891. Rapport sur le traitement des affections des voies lacrymales.

Despagnet. — Du curettage du sac lacrymal. Congrès d'ophtalmologie, 4 mai 1891.

